

Campanella P. 131  
ALLA

ASR ABRUZZO  
AGENZIA SANITARIA REGIONALE

ASR ABRUZZO  
AGENZIA SANITARIA REGIONALE

Prot. n° 654 Partenza  
22/05/2015

Pescara, 22 Maggio 2015

REGIONE ABRUZZO  
Dipartimento per la Salute e il Welfare  
Prot. RA 138631

25 MAG. 2015

Al Commissario ad Acta Sanità  
Dott. Luciano D'ALFONSO

All'Assessore alla Programmazione Sanitaria  
Dott. Silvio PAOLUCCI

Al Sub Commissario  
Dott. Giuseppe ZUCCATELLI

Al Direttore del Dipartimento della Salute e il Welfare  
Dott. Angelo MURAGLIA

**Oggetto : Trasmissione del "Piano Operativo Regionale per il contenimento delle liste d'Attesa".**

Con la presente, si trasmette alle SS.VV. il documento integrale denominato "Piano Operativo Regionale per il contenimento delle liste d'attesa".

Il documento, frutto del lavoro di un Gruppo Tecnico formato da esperti multidisciplinari e multiprofessionali e dai rappresentanti delle Associazioni di categoria operanti nel territorio, ha la finalità di una messa a sistema di tutti gli interventi ordinari e straordinari, che possono sviluppare strategie operative di contrasto alle Liste di Attesa, improntate al rispetto dell'appropriatezza di tipo prescrittivo e organizzativo-erogativa, in ottemperanza ai provvedimenti normativi già adottati dalla Regione e in coerenza con il Programma Operativo 2013-2015 recepito con Decreto Commissariale n. 112/2013.

Si resta a disposizione per ulteriori chiarimenti e si porgono distinti saluti.

Allegato al Decreto del Commissario  
ad ACTA

n. 60 del 25 GIU. 2015



*Alfonso Mascitelli*  
Il Commissario Straordinario  
Dott. Alfonso Mascitelli

# Piano Operativo Regionale per il contenimento delle Liste d'attesa

*Gruppo Tecnico di lavoro per il superamento delle  
liste d'attesa*

IN COLLABORAZIONE CON:

DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E IL WELFARE,

ASL AVEZZANO-SULMONA-L'AQUILA, ASL LANCIANO-VASTO-CHIETI, ASL PESCARA, ASL TERAMO,

ANAAO, ANPO, FP CGIL MEDICI, CIMO, CIPE, CISL, FIALS, FIMMG, FIMP, INTERSINDACALE

SANITARIA, SIMET, SMI, SNAMI, SUMAI, UIL FPL

CITTADINANZATTIVA, CODICI ABRUZZO

---

## Sommario

OBIETTIVI E STRUMENTI : IL GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA.....	2
CONTESTO DI RIFERIMENTO .....	4
Linea di Azione 1: Piani Attuativi Aziendali.....	6
Linea di Azione 2: Rendicontazione trimestrale delle ASL. Redazione di un format uniforme .....	10
Linea di Azione 3: Applicazione delle Classi di Priorità .....	11
Linea di Azione 4: Riclassificazione della Classe Programmata P .....	13
Linea di Azione 5: Visite e prestazioni di controllo. CUP di II livello .....	14
Linea di Azione 6: Prenotazione informatizzata .....	15
Linea di Azione 7: Implementazione del Contact Center.....	16
Linea di Azione 8: Analisi della concordanza dei tempi delle prescrizioni.....	18
Linea di Azione 9: Attività in regime istituzionale aggiuntivo .....	20
Linea di Azione 10: Attività di monitoraggio. Monitoraggio ex post .....	21
Linea di Azione 11: Diritti e doveri dei cittadini. Diritto all'informazione .....	22
Linea di Azione 12: Percorsi Assistenziali.....	23
Linea di Azione 13: Percorsi di Tutela .....	25
Linea di Azione 14: Registro per gli interventi chirurgici .....	26
Linea di Azione 15: Accesso senza prescrizione. Accesso diretto .....	28
Linea di Azione 16: Consulta Regionale per il contenimento delle Liste d'Attesa.....	29
TEMPI E FASI DI ATTUAZIONE .....	30
Allegati al Piano.....	31
ALLEGATO A1 : FORMAT RENDICONTAZIONE TRIMESTRALE .....	32
ALLEGATO A2 : FORMAT AZIONI DI MIGLIORAMENTO .....	33
ALLEGATO A3 : FORMAT RE-CALL .....	34
ALLEGATO B: SCHEDA DI CONCORDANZA .....	35
ALLEGATO C : FORMAT EX POST .....	36
ALLEGATO D: ELENCO DELLE PRESTAZIONI TRACCIANTI .....	37
ALLEGATO E: DELIBERA ASR DI ISTITUZIONE DEL GRUPPO TECNICO DI LAVORO PER IL SUPERAMENTO DELLE LISTE D'ATTESA .....	38

## OBIETTIVI E STRUMENTI : IL GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA

La gestione delle liste d'attesa è una sfida complessa che coinvolge i diversi versanti della domanda e dell'offerta delle prestazioni, i modelli organizzativi, le aspettative dei cittadini e il divario sempre esistente tra fabbisogno e risorse a disposizione.

Al tempo stesso, l'erogazione delle prestazioni sanitarie entro tempi appropriati rispetto alle necessità di cura e alla patologia costituisce una componente strutturale dei LEA, come prescritto dal DPCM 29 Novembre 2001, Allegato 5, e dal DPCM 16 Aprile 2002.

In attuazione dell'Intesa Stato-Regioni sul PNGLA e in ottemperanza a quanto definito dal D.Lvo. n.124 del 29 aprile 1998, art. 3 comma 12, spetta alle Regioni disciplinare, anche mediante l'adozione di appositi programmi, il rispetto della tempestività di erogazione delle prestazioni prescritte, con la responsabilità della messa in atto di tutti i processi necessari a garantire l'erogazione delle prestazioni, nei tempi corretti, in capo alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali.

La rideterminazione degli obiettivi generali di un nuovo Piano Regionale, a garanzia e centralità dei bisogni del cittadino, dovrà essere perseguita con i seguenti strumenti:

1. Governo della domanda di prestazioni attraverso un ricorso appropriato alle attività del S.S.N., con una puntuale definizione dei criteri di priorità nell'accesso;
2. Pianificazione razionale dell'offerta in ambito aziendale;
3. Gestione del sistema dell'accesso alle prestazioni, in grado di differenziare le prestazioni per tipologia e criticità, nonché di individuare e gestire i percorsi diagnostici-terapeutici prioritari;
4. Integrazione del ruolo del territorio e degli ospedali e al tempo stesso del pubblico e del privato.

Resta pertanto necessaria per la Regione Abruzzo una revisione del sistema, mettendo in atto strategie operative di contrasto alle Liste di Attesa improntate al rispetto dell'appropriatezza di tipo prescrittivo e organizzativo-erogativa, in applicazione di provvedimenti normativi già adottati dalla Regione negli ultimi anni (DGR n. 575/2011, DGR n. 741/2012, Decreto Commissariale n. 112/2013).

Una coordinata e definita revisione del sistema dovrà da un lato implementare azioni specifiche: azioni sull'appropriatezza prescrittiva e del consumo, azioni sull'efficienza di produzione nella sostenibilità delle risorse, azioni sulle modalità di gestione delle agende di prenotazione; e dall'altro elaborare una puntuale definizione dei rapporti tra le parti che interagiscono e mettere a regime procedure, meccanismi operativi e strumenti più dettagliati di monitoraggio delle attività e dei risultati nella gestione delle risorse.

Scopo di questo documento tecnico è la necessità di una attivazione e messa a regime , nella Regione Abruzzo, di un Piano Regionale Operativo e articolato per il contenimento delle Liste di Attesa, sia per le prestazioni di specialistica ambulatoriale che di diagnostica strumentale, di intesa con le Aziende Sanitarie, le Organizzazioni Professionali, Sindacali e di Categoria e le Associazioni di rappresentanza degli utenti, che operano sul territorio per la tutela dei diritti dei cittadini.

Si ringrazia il Gruppo di lavoro, istituito con Delibera della ASR n. 9 del 03.02.2015, per l'impegno e le competenze profuse.

---

## CONTESTO DI RIFERIMENTO

La Regione Abruzzo, recependo le indicazioni fornite dal Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa, ha messo in atto una serie di monitoraggi atti a valutare nel tempo l'andamento delle liste di attesa per le 43 prestazioni traccianti previste (Allegato D).

Si è proceduto ad una analisi sintetica, mediante il monitoraggio *ex ante*, dell'utilizzo nelle Aziende Sanitarie Regionali delle classi di Priorità in riferimento alle prenotazioni effettuate.

In riferimento all'ultima rilevazione disponibile (settimana 6/10 ottobre 2014), si riporta nella Tabella 1, la percentuale di utilizzo delle classi di priorità per le prenotazioni delle 43 prestazioni traccianti previste:

Tabella 1 – Percentuale di utilizzo delle Classi di Priorità sul totale ASL delle prenotazioni

ASL	Urgente	Breve	Differibile	Programmata	Vuoto	Totale complessivo
201	0,1%	1,3%	0,4%	0,1%	98,1%	100,0%
202	0,2%	4,2%	2,4%	68,0%	25,2%	100,0%
203	0,6%	4,5%	1,2%	84,2%	9,5%	100,0%
204	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%

*Nota: Il monitoraggio dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali, in modalità ex ante si basa sulla rilevazione effettuata in due settimane indice, stabilite a livello nazionale, dei dati sui tempi di attesa per le prestazioni indice. Il sistema Informatico finora utilizzato dalla ASL di Teramo non ha permesso la rilevazione delle Classi di Priorità.*

In considerazione del fatto che, in conformità a quanto previsto anche dalla normativa regionale vigente, tutte le prescrizioni con il campo Classe di Priorità "vuoto" (ovvero non compilato) vengono automaticamente considerate Programmate, è utile sottolineare come lo scarso utilizzo delle Classi di Priorità implica un impatto particolarmente evidente per le prenotazioni in classe Breve e Differibile: la percentuale complessiva per tali prenotazioni raggiunge un valore di appena il 7% in una sola ASL regionale.

Con i limiti di rilevazione del monitoraggio ex ante e con la insufficiente implementazione del flusso informativo ex art. 50 L. 326/2003, si è tuttavia evidenziato che le prestazioni maggiormente richieste nelle Aziende Sanitarie risultano essere le seguenti:

- visita cardiologica
- visita oculistica
- visita dermatologica
- ecografia addome
- elettrocardiogramma
- mammografia
- ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici

Le maggiori criticità in termini assoluti di attesa si registrano in particolare per alcune prestazioni strumentali, tra cui la Mammografia e l'ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici

Per l'ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici si osservano particolari criticità per tre ASL regionali dove il 50% delle prenotazioni risulta avere tempi di attesa compresi tra i 133 ed i 229 giorni.

Anche per la Mammografia si osservano elevati tempi di attesa in tre ASL regionali: per il 50% delle prenotazioni, infatti, risultano essere compresi tra i 162 ed i 227 giorni, con valori che possono arrivare anche ad un massimo di 758 giorni.

## Linea di Azione 1: Piani Attuativi Aziendali

Le Aziende Sanitarie hanno l'obbligo prioritario di garantire le prestazioni secondo tempi previsti dal PRGLA, riservandosi comunque di verificarne l'appropriatezza. Le prestazioni traccianti per le quali si richiede il rispetto dei tempi di attesa sono le 43 già ricomprese nel Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa 2010-2012, recepito nella Regione Abruzzo con la DGR 575/2011 ed elencate nell'Allegato D.

La prenotazione di prime visite/prestazioni diagnostiche deve essere effettuata in base alla classe di priorità indicata nella prescrizione.

Le singole Aziende Sanitarie Regionali, per il tramite delle Direzioni Generali, devono provvedere all'approvazione e alla trasmissione, entro il termine perentorio di 60 giorni dall'adozione del presente provvedimento, di un nuovo Piano Attuativo Aziendale (PAA) per il superamento delle Liste d'Attesa, che rientrerà negli obiettivi contrattuali dei Direttori Generali, con una specifica rilevanza nella valutazione degli stessi.

Il Piano Attuativo Aziendale deve essere redatto e aggiornato con cadenza annuale e deve indicare le azioni destinate ad agire sull'appropriatezza della prestazione, sull'efficienza del sistema, sulla produttività delle risorse impiegate e sulle modalità organizzative che garantiscono equità nell'accesso.

I contenuti inderogabili del PAA dovranno rispondere ai seguenti indicatori di struttura, di processo e di esito :

- Piano delle prestazioni erogabili: Definizione dell'elenco e dei volumi di prestazioni ambulatoriali, specifici per branca e diagnostica strumentale, che ciascuna delle Aziende Sanitarie, incluse le strutture private accreditate che insistono all'interno del territorio di competenza, programmano di garantire in risposta ai fabbisogni previsti, al fine di quantificare le prestazioni necessarie in termini di prime visite/primi esami e controlli. In particolare, per ogni struttura pubblica erogante, è necessario definire la capacità produttiva in termini di ore di servizio e di calendari di erogazione.
- Anagrafe delle Strutture: Indicazione delle sedi deputate all'erogazione delle prestazioni sanitarie e delle strumentazioni a disposizione.
- Anagrafe Medici Prescrittori: Censimento dei Medici che prescrivono le prestazioni oggetto di prenotazione.
- Anagrafe Medici eroganti prestazioni: Ricognizione dettagliata delle risorse umane a disposizione anche in relazione alle specifiche competenze professionali che contribuisca a definire un quadro dettagliato dell'offerta.

- Azioni di rimodulazione dell'offerta a fronte di criticità: Individuazione di specifiche modalità organizzativo-gestionali che permettano di sopperire ad una eventuale carenza di offerta di prestazioni rilevate sulla scorta di periodici monitoraggi aziendali e sulla individuazione di eventi sentinella (rimodulazione orario di lavoro, Attività istituzionale aggiuntiva, Percorsi di Tutela, etc.).
- Modalità organizzative in caso di sospensioni delle Prestazioni: Definizione di modalità organizzative che permettano una immediata riorganizzazione dell'offerta a seguito del verificarsi imprevisto di criticità che determinano la sospensione dell'erogazione delle prestazioni.
- Comunicazione:
  - Modalità di promozione della comunicazione e dell'informazione al cittadino sui criteri di priorità delle prestazioni nonché sui diritti e doveri dell'utente, privilegiando la rete web ma tenendo anche conto delle fasce di popolazione che per vari motivi non accedono ad internet.
  - Esposizione sui siti web, in una apposita sezione denominata "Liste di Attesa", di un prospetto standard di monitoraggio dei tempi di attesa ex post, con aggiornamento almeno mensile, secondo la figura 1:

Figura 1: esempio di report

REGIONE ABRUZZO											
Azienda 13020 - I trimestre 2015											
Denominazione erogatore - cod STS 11 (+ cod HSP in caso di struttura protetta)											
PRESTAZIONE	CLASSE DI PRIORITA'	TEMPO GG	GENNAIO			FEBBRAIO			MARZO		
			N. prestazioni per le quali gli assistiti hanno accettato la data di prima disponibilità dell'Azienda	% Prestazioni per cui l'Azienda ha garantito il rispetto del tempo previsto dalla classe di priorità	Tempo medio di attesa gg	N. prestazioni per le quali gli assistiti hanno accettato la data di prima disponibilità dell'Azienda	% Prestazioni per cui l'Azienda ha garantito il rispetto del tempo previsto dalla classe di priorità	Tempo medio di attesa gg	N. prestazioni per le quali gli assistiti hanno accettato la data di prima disponibilità dell'Azienda	% Prestazioni per cui l'Azienda ha garantito il rispetto del tempo previsto dalla classe di priorità	Tempo medio di attesa gg
89.13 VISITA NEUROLOGICA	B (entro 10 gg)	10	26	46,15%	18	37	51,35%	16	38	52,63%	14
	D (entro 30-60 gg)	30	30	53,33%	34	35	60,00%	27	15	46,67%	43
	P (entro 180 gg)	180	18	100%	22	19	100%	17	32	100%	28

- Verifica della corretta esposizione informativa nei siti web dei privati accreditati in aderenza all'art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33 14 marzo 2013, n. 33.

- CUP: Garanzia della completa prenotabilità dell'offerta specialistica pubblica e privata accreditata, differenziata per classi di priorità, attraverso il CUP aziendale (o CUP regionale quando attivato) per le prestazioni di prime visite/primi esami (CUP di I livello). Le attività legate alla presa in carico ed ai controlli dovranno prevedere l'attivazione e la messa a regime del CUP di II livello che dovrà fornire riscontro anche per la valutazione del fenomeno degli abbandoni rilevando mensilmente il numero degli abbandoni senza disdetta.
- CUP ON LINE: Sviluppo di un sistema on-line (applicativi web-based) dinamico ed aggiornato in tempo reale che permetta la consultazione dei tempi d'attesa relativi a visite o esami del SSR o della Libera professione intamuraria, secondo le disponibilità effettive. Il servizio CUP on line deve consentire all'utente di:
  - Consultare in tempo reale l'attesa relativa a prestazioni sanitarie erogate in ciascuna classe di priorità tramite un elenco "a tendina" predisposto sul portale web per la scelta della prestazione e della relativa classe di priorità, con le seguenti specifiche aggiuntive:
    - Area distrettuale;
    - Struttura
    - Ambulatorio
    - Indirizzo
  - Annullare le prenotazioni effettuate agli sportelli, al telefono attraverso i call center aziendali oppure tramite CUP on-line.
  - Cambiare uno o più appuntamenti prenotati effettuati agli sportelli, al telefono attraverso i call center aziendali oppure tramite CUP on-line.
  - Pagare il ticket e/o la tariffa delle visite o esami diagnostici con bancomat e/o carta di credito o presso gli Uffici Postali. A riguardo la Regione si impegna a dare seguito all'Accordo attuativo per il pagamento dei ticket sanitari presso gli uffici postali appartenenti alla rete "Sportello Amico", come da DGR n.798 del 21.11.2011. – Per il pagamento del ticket sarà necessario predisporre, entro 90 giorni dall'approvazione del presente atto, aree specifiche per il codice fiscale dell'assistito nonché aree specifiche per il codice e il PIN dedicato alla prenotazione stessa.
  - Visualizzare gli appuntamenti prenotati presso una Azienda Sanitaria.
  - Ristampare il promemoria dell'appuntamento e dell'eventuale costo della prestazione prenotata.

I Piani Attuativi Aziendali, aggiornati e trasmessi entro i termini perentori del primo mese di ogni annualità, vengono esaminati e valutati, nei successivi trenta giorni, dal Dipartimento della Salute e del Welfare, anche tramite l'attività e le funzioni del CO.RE.CUP, istituito con Delibera DGR n.930/2011. Copia dei Piani e degli atti ad essi connessi vengono contestualmente posti nella disponibilità della istituenda Consulta Regionale per i Tempi d'Attesa, la cui composizione e le cui funzioni sono determinate come da punto 16 delle linee d'azioni.

I Direttori Generali delle ASL hanno responsabilità diretta nella attuazione dei Piani Aziendali delle Liste d'Attesa, al fine di garantire una corretta gestione dei tempi e delle liste, nel rispetto delle azioni descritte nel presente documento e di quelle connesse al raggiungimento degli obiettivi aziendali previsti dalla normativa regionale in tema di tempi di attesa.

Il mancato raggiungimento degli obiettivi di salute connessi all'adempimento LEA dei tempi d'attesa comporta, da parte della Regione, l'applicazione dell'art. 1 comma 567 della Legge 190 del 23.12.2014.

## **Linea di Azione 2: Rendicontazione trimestrale delle ASL. Redazione di un format uniforme**

I Direttori Generali delle ASL sono responsabili dell'invio alla ASR Abruzzo a mezzo posta elettronica certificata (info@pec.asrabruzzo.it) della rendicontazione, a cadenza trimestrale, di tutti gli interventi correttivi e migliorativi per l'abbattimento dei tempi massimi d'attesa, relativi alle 43 prestazioni indicate nel paragrafo 3.1 del PNGLA recepito con DGR 575/2011.

Le suddette rendicontazioni dovranno pervenire entro e non oltre i 30 giorni successivi al trimestre di competenza, con l'inclusione per completezza e conformità dei dati informativi, della redazione dei format previsti dagli allegati A1, A2 e A3, che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente documento.

<b>OBIETTIVO:</b> <i>Valutazione di tutti gli interventi adottati dalle ASL per l'abbattimento dei tempi massimi d'attesa relativi alle 43 prestazioni indicate nel paragrafo 3.1 del PNGLA recepito con DGR 575/2011</i>
---

<b>INDICATORE:</b> <i>Compilazione ed invio dei Format delle rendicontazioni da parte delle ASL</i>
---

<b>MODALITA' DI VERIFICA:</b> <i>1) tempistica di invio dei dati (entro il mese successivo al trimestre di riferimento); 2) completezza e conformità al 100% dei campi previsti dal tracciato stesso</i>
--

<b>MONITORAGGIO':</b> <i>Trimestrale</i>
--

### Linea di Azione 3: Applicazione delle Classi di Priorità

Il medico prescrittore ha l'obbligo di assegnare ad ogni prescrizione, intesa come prima visita/prima prestazione diagnostica, la Classe di Priorità ed il quesito diagnostico ritenuti coerenti con le condizioni di erogabilità definite dalle disposizioni regionali vigenti in materia (43 prestazioni traccianti della DGR 575/2011 e s.m.i.).

Il Direttore Generale della ASL ha la responsabilità nei confronti dei medici prescrittori dipendenti di garantire la piena applicazione delle prescrizioni delle classi di priorità e di promuovere presso i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta l'applicazione delle stesse anche mediante l'aggiornamento dei software/applicativi in uso sulla base delle specifiche tecniche fornite dalla Regione.

Al fine di semplificare, in fase di avvio, il processo di attuazione delle classi di priorità da parte dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, l'ASR Abruzzo mette a disposizione un file in formato Excel per aggiornare gli applicativi già in uso al fine di semplificare e velocizzare la funzione di ricerca delle voci di interesse.

I MMG e i PLS che avranno provveduto ad aggiornare i propri software/applicativi dovranno darne comunicazione all'ASR Abruzzo all'indirizzo di posta elettronica: [direzionegenerale@asrabruzzo.it](mailto:direzionegenerale@asrabruzzo.it), ai fini di attività di reportistica della stessa ASR.

Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore del presente atto, nel caso in cui la prescrizione relativa alla prima visita/prestazione diagnostica non riporti nessuna indicazione della classe di priorità per le richieste di prime visite e prime prestazioni diagnostiche, la prenotazione sarà effettuata con riferimento alla classe P, da eseguirsi entro 180 giorni. Al fine di una corretta informazione, al cittadino utente sarà rilasciata da parte dell'Operatore CUP una nota informativa contenente la seguente dicitura: *"Per la tutela del diritto di esecuzione della prestazione secondo tempi congrui con la propria condizione clinica, la prescrizione stessa deve specificare la classe di priorità nell'obbligo della normativa vigente. A causa della mancata specifica della Classe di Priorità la prestazione viene attribuita secondo la tempistica della Classe Programmata"*. Tale indicazione sarà valida per le prestazioni indicate dalla DGR n.575/2011.

Le impegnative relative agli esami/prestazioni in Classe P saranno valide per un periodo massimo di 180 giorni a partire dalla data di compilazione da parte del medico prescrittore.

In ogni caso, per il calcolo dei tempi di attesa per esami/prestazioni, i tempi vanno calcolati dal primo momento (primo contatto) in cui il cittadino si è rivolto alla struttura per ottenere la prestazione.

L'Agencia Sanitaria Regionale e la Commissione Regionale ECM individuano tra gli obiettivi formativi prioritari e di interesse strategico per la Regione Abruzzo: "la garanzia della corretta e sistematica applicazione delle Classi di Priorità e il perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni ambulatoriali". Tale obiettivo inserito nel Piano Formativo Regionale 2015, mira a garantire l'efficacia, l'appropriatezza, la sicurezza e l'efficienza dei servizi prestati nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale.

Il Direttore Generale ha responsabilità, con le modalità organizzative autonomamente definite, di garantire il monitoraggio: 1) delle prestazioni offerte dall'Azienda rispetto alla domanda; 2) delle anomalie prescrittive e dei casi critici; 3) dello scostamento dei tempi di attesa delle prestazioni traccianti.

<b>OBIETTIVO:</b> <i>Valutazione dell'applicazione delle classi di priorità per le prestazioni traccianti individuate dalla normativa vigente</i>
---

<b>INDICATORE:</b> <i>Percentuale di applicazione delle classi di priorità per le prime visite prescritte</i>
---

<b>MODALITA' DI VERIFICA:</b> <i>Raggiungimento di una percentuale minima di prescrizioni in classe di priorità del 50% nei primi dodici mesi da incrementare del 10% a cadenza annuale</i>
---

<b>MONITORAGGIO':</b> <i>Semestrale</i>
---

## Linea di Azione 4: Riclassificazione della Classe Programmata P

Nella prescrizione qualora la classe di priorità P definisca un primo accesso, la prestazione deve avvenire entro 180 giorni, così come già definito nell'Accordo Stato Regioni dell'11 luglio 2002.

In considerazione della necessità di considerare la classe P come residuale rispetto alle altre (Urgente, Breve, Differita) si rende necessaria la rimodulazione delle agende di prenotazione, riconvertendo le disponibilità della priorità "P" nelle altre classi di priorità con la domanda più alta per prestazione specialistica e di diagnostica strumentale, così come desumibile dai monitoraggi periodici effettuati dall'Azienda Sanitaria.

Le Agende Aziendali per le prenotazioni vengono autonomamente definite secondo una ripartizione che comunque deve tener conto che il volume per la classe P non deve, tendenzialmente, superare la soglia del 40% del totale delle prenotazioni in classe di priorità.

La classificazione utilizzata dalla Regione Abruzzo viene di conseguenza articolata nelle seguenti quattro classi:

- ✓ U = urgente; prestazione da eseguire nel più breve tempo possibile o, se differibile, entro 72 ore;
- ✓ B = breve; prestazione da eseguire entro 10 giorni;
- ✓ D = differita; prestazione da eseguire entro 30 giorni per le visite, entro 60 giorni per gli accertamenti specialistici;
- ✓ P = programmata; prestazione da eseguire entro 180 giorni.

<b>OBIETTIVO:</b> <i>Valutazione della periodica rimodulazione delle Agende di Prenotazione</i>
<b>INDICATORI:</b> 1) <i>Numero totale di prenotazioni in agenda con classe di priorità</i>  2) <i>Percentuale di prenotazioni in agenda in ciascuna classe di priorità</i>
<b>MODALITA' DI VERIFICA:</b> 1) <i>Incremento mensile delle prenotazioni in agenda rispetto al mese precedente</i>  2) <i>Soglia massima per la classe P del 40% sul totale delle prestazioni</i>
<b>MONITORAGGIO:</b> <i>Trimestrale</i>

## Linea di Azione 5: Visite e prestazioni di controllo. CUP di II livello

Al fine di gestire in modo separato le prestazioni di controllo, si deve programmare in via prioritaria di istituire apposite agende dedicate per le prestazioni di follow up intese come visite/esami successivi al primo accesso e programmati dallo specialista che ha già preso in carico il paziente anche mediante l'istituzione di CUP di II livello. L'attivazione dei CUP di II livello, presso gli ambulatori delle Unità Operative Ospedaliere e delle sedi distrettuali, deve avviarsi entro il termine dei 90 giorni successivi all'entrata in vigore del presente documento. La programmazione, pertanto, richiede il completamento del processo di informatizzazione degli ambulatori aziendali, ospedalieri e territoriali

Nello specifico il CUP di II livello deve essere in grado di gestire le agende appositamente costituite attraverso una rete intranet che collega i terminali (client) dai quali gli utilizzatori dei reparti ospedalieri, dei distretti sanitari di base e delle strutture convenzionate, interagiscono mediante interfaccia informatica per le prenotazioni di prestazioni di follow up.

La prenotazione di visite e prestazioni di controllo, qualora necessaria, deve essere obbligatoriamente programmata al momento della conclusione della prima visita/prestazione da parte dello specialista che attiva la presa in carico del paziente secondo la organizzazione aziendale.

Il processo di implementazione e messa a regime dei CUP di II livello sarà oggetto di valutazione dell'attività dei Direttori Generali.

<b>OBIETTIVO:</b> <i>Valutazione della realizzazione dei CUP di II livello secondo la tempistica indicata</i>
<b>INDICATORE:</b> <i>Atti formali di istituzione dei CUP di II livello</i>
<b>MODALITA' DI VERIFICA:</b> <i>Raggiungimento della realizzazione di almeno il 60% dei CUP di II livello nel primo semestre da incrementare del 10% a cadenza semestrale</i>
<b>MONITORAGGIO':</b> <i>Semestrale</i>

## **Linea di Azione 6: Prenotazione informatizzata**

Il CUP Aziendale deve consentire la gestione della prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale presso i diversi punti di prenotazione, abilitati a prenotare sulle medesime agende dell'offerta disponibile a CUP.

Nell'ambito dell'organizzazione aziendale deve essere programmata la possibilità anche per i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, di accedere alla prenotazione delle visite/prestazioni per i propri assistiti, sia per gli studi medici singoli che nell'ambito delle Medicine di Gruppo e delle Aggregazioni Funzionali Territoriali, mediante sistema informatizzato di prenotazione collegato al CUP Aziendale.

La Regione, con specifico accordo quadro, si impegna a semplificare le modalità di accesso alla prenotazione diffondendo i punti di prenotazione preferibilmente presso le Farmacie territoriali convenzionate, in conformità con la normativa vigente in materia.

## Linea di Azione 7: Implementazione del Contact Center

Al fine di governare in modo efficace il fenomeno dell'*abbandono*, ovvero la prestazione non eseguita a causa dell'assenza della persona che ha prenotato la visita al CUP, e di assegnare tali prestazioni ad altri utenti secondo l'ordine della lista (con data di prenotazione oltre i tempi standard), deve essere programmata nei Piani Attuativi Aziendali e attivata nei sei mesi successivi all'approvazione del seguente documento, l'implementazione del servizio di contact center, attraverso un apparato di connessioni telematiche (recalling, sms remind, altro) finalizzate alla verifica dell'effettiva disponibilità dell'utente all'accesso alla prestazione prenotata.

Rientra nelle competenze delle singole Aziende Sanitarie l'istituzione di un numero unico con la finalità di disdetta delle prestazioni sanitarie.

A tal fine è necessario che durante la fase di prenotazione sia prevista l'acquisizione dei recapiti telefonici e che le procedure operative per l'esecuzione dell'attività di recall siano omogenee a livello regionale.

Il servizio di recall deve prevedere attività di "aggiornamento delle liste di prenotazione" avvisando telefonicamente gli utenti prenotati per conferma, modifica o disdetta di una prenotazione, in un tempo non superiore a dieci giorni e non inferiore a tre giorni rispetto alla data stessa di prenotazione e con un numero minimo di richiamate non inferiore a tre in fasce orarie diverse. Il monitoraggio e gli indicatori di risultato di tale attività faranno parte della rendicontazione trimestrale delle ASL secondo l'Allegato A3.

E' richiesta l'attivazione in ogni Azienda di sistemi automatici che tramite il contatto telefonico e/o l'invio di sms ai numeri di cellulare (segnalato all'atto della prenotazione) e/o l'invio di messaggi di posta elettronica alla casella indicata all'atto della prenotazione, rammentino l'appuntamento e sollecitino l'eventuale disdetta indicandone con precisione le modalità.

<b>OBIETTIVO:</b> <i>Valutazione della messa a regime del sistema re-call</i>
<b>INDICATORI:</b> 1) <i>Numero di prenotati richiamati tramite re-call rispetto al numero totale di prenotazioni</i>  2) <i>Numero di posti recuperati rispetto alle richiamate effettuate tramite re-call.</i>
<b>MODALITA' DI VERIFICA:</b> 1) <i>valore atteso: almeno il 40% da incrementare del 10% a cadenza semestrale</i>
<b>MONITORAGGIO':</b> <i>Trimestrale</i>

## Linea di Azione 8: Analisi della concordanza dei tempi delle prescrizioni

Ciascun Direttore Generale ha la responsabilità di consentire la corretta organizzazione e gestione dell'attivazione delle prenotazioni differenziate per classi di priorità mediante l'adozione di appositi strumenti organizzativo-tecnologici.

Ogni ASL è tenuta a coordinare il processo di verifica di adesione e concordanza alle classi di priorità definite dalla normativa regionale vigente in materia.

La Gestione del processo di verifica di adesione e concordanza alle classi di priorità dovrà avvenire secondo la seguente modalità operativa, articolata per specifiche competenze:

### 1. Centro Unico di Prenotazione:

- Il sistema informatico procederà automaticamente, all'atto della prenotazione e regolarizzazione dell'impegnativa, ad emettere la stampa di una apposita scheda di concordanza (Allegato B) della prescrizione in classe di priorità ;
- La scheda di concordanza dovrà essere allegata all'impegnativa e consegnata all'Utente che la presenterà allo Specialista esecutore dell'esame. Laddove sono presenti postazioni CUP di II livello, sarà possibile, per lo specialista, visualizzare la scheda di concordanza direttamente on-line sull'applicativo di gestione delle prenotazioni.
- In assenza di presentazione della scheda di concordanza da parte dell'utente, il medico erogatore può integrarla con una scheda tipo ( Allegato B ).

### 2. Strutture erogatrici

- Il medico specialista che effettua la prestazione è tenuto a verificare la concordanza con la classe di priorità presente nella prescrizione, limitandosi esclusivamente alla valutazione clinico anamnestica, mediante la compilazione della relativa scheda di concordanza.

### 3. Analisi della concordanza

- Ogni ASL è tenuta all'analisi delle schede di concordanza compilate dai Medici erogatori, finalizzata esclusivamente alla :
  - predisposizione di apposita reportistica da inviare, nel rispetto dei dati sensibili, ai medici prescrittori;
  - attivazione audit trimestrali con medici prescrittori e medici erogatori;
  - promozione di una adeguata informazione e sensibilizzazione.

Nella prima fase di avvio per un periodo di sei mesi, l'attività di analisi di adesione e concordanza alle classi di priorità per tutte le prestazioni traccianti è svolta esclusivamente con riferimento alla tipologia della categoria professionale del medico prescrittore; decorso tale periodo la scheda di concordanza annoterà nell'apposito riquadro la sola indicazione del codice regionale del medico prescrittore.

<b>OBIETTIVO:</b> <i>Analisi della concordanza dei tempi delle prescrizioni.</i>
<b>INDICATORE:</b> <i>Percentuale di concordanza delle prestazioni prenotate in ciascuna classe di priorità</i>
<b>MODALITA' DI VERIFICA:</b> <i>valore atteso: almeno il 70% nella prima annualità.</i>
<b>MONITORAGGIO':</b> <i>Semestrale</i>

## **Linea di Azione 9: Attività in regime istituzionale aggiuntivo**

Le Aziende Sanitarie possono ricorrere, in via eccezionale e temporanea, all'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive ad integrazione dell'attività istituzionale (art. 55 comma 2 CCNL 08/06/2000 e art. 31 comma 4 ACN 09/03/2010) prioritariamente per le prestazioni che risultino critiche ai fini dei tempi di attesa e secondo programmi predisposti dalle Aziende stesse.

Pertanto gli ambiti di intervento, ovvero l'individuazione delle criticità erogative, saranno definiti da parte di ciascuna Azienda Sanitaria sulla base della rilevazione dei monitoraggi dei tempi di attesa.

La committenza di produzione integrativa di prestazioni specialistiche ambulatoriali è utilizzata solo dopo aver garantito gli obiettivi prestazionali negoziati ed è attivata su formale richiesta dell'Azienda, che provvederà a definire appositi contratti previa negoziazione con gli specialisti interessati dei volumi delle prestazioni, delle modalità organizzative, degli orari di lavoro e dei compensi dovuti.

Le attività saranno svolte all'interno delle strutture aziendali e sempre al di fuori dell'orario di lavoro istituzionale.

Il tempario delle prestazioni rese in regime di libera professione di supporto dovrà essere allineato a quello delle prestazioni rese in regime istituzionale.

L'attribuzione dei relativi compensi ai Medici Specialisti interessati e al personale che presta la propria collaborazione dovrà avvenire a seguito di verifica e controllo da parte della stessa Azienda Sanitaria.

Restano altresì valide le norme nazionali e regionali che disciplinano l'attività libero-professionale intramuraria.

Nell'espletamento dell'attività istituzionale aggiuntiva dovrà essere utilizzato il ricettario SSN per la richiesta di accertamenti necessari ulteriori tesi a definire il quadro patologico.

Le prenotazioni e le operazioni di cassa delle prestazioni saranno gestite dal CUP aziendale.

Gli utenti potranno usufruire, previo pagamento del solo ticket se dovuto, delle suddette prestazioni e previa presentazione al CUP dell'impegnativa debitamente compilata da parte del medico prescrittore (con particolare riguardo alla classe di priorità e al quesito diagnostico) in riferimento ai primi accessi per le 43 prestazioni traccianti previste dal PNGLA.

Al fine di migliorare operativamente la gestione delle liste d'attesa, l'attività istituzionale professionale aggiuntiva, potrà essere oggetto di specifici progetti, approvati e finanziati con risorse vincolate della Regione, con l'obiettivo di massimizzare l'utilizzo della tecnologia e delle risorse disponibili.

## Linea di Azione 10: Attività di monitoraggio. Monitoraggio ex post

Scopo di un monitoraggio sistematico dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni ambulatoriali è quello di porre in atto, nel caso di significativi squilibri, azioni correttive tese a sviluppare performance organizzative migliori ed a ripristinare condizioni di accesso coerenti con gli standard regionali attesi.

Le Direzioni Generali garantiscono una regolare, puntuale e completa attività di monitoraggio secondo quanto previsto dalle indicazioni della Regione ed in particolare dalla DGR 575/2011 e dal Programma Operativo 2013/2015. Tali monitoraggi prevedono l'invio di informazioni secondo tracciati record standardizzati e relativi a:

- monitoraggio ex post
- monitoraggio ex ante
- monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione
- monitoraggio siti web
- monitoraggio ALPI
- monitoraggio PDT
- rendicontazione da parte delle ASL, con l'inclusione di un format predefinito ed uniforme a cadenza vincolante trimestrale, di tutti gli interventi strategici e correttivi per l'abbattimento dei tempi massimi d'attesa relativi alle 43 prestazioni traccianti.

Atteso che lo strumento informativo *flusso ex art. 50 L. 326/2003* costituisce dispositivo cardine per il monitoraggio ex post dei tempi di attesa secondo quanto stabilito dalla DGR 575/2011 e ribadito dal PO 2013-2015 (Punto 3.3.7. AZIONE 7. Piano Regionale di contenimento delle liste d'attesa), in considerazione delle procedure di allineamento già messe in campo dalle Aziende Sanitarie, nelle more della prevista revisione del tracciato nazionale in merito all'obbligatorietà di tutte le informazioni necessarie al monitoraggio suddetto (vedi campi facoltativi), e, stante l'estesa difficoltà delle regioni nell'alimentare il monitoraggio con tutte le informazioni previste, la Regione Abruzzo, relativamente al monitoraggio *ex post*, richiede alle Aziende Sanitarie la trasmissione al Dipartimento per la Salute e il Welfare di un report semestrale (entro luglio corrente anno) e annuale (entro gennaio anno successivo) in formato excel (Allegato C) riepilogativo dell'andamento aziendale delle prenotazioni e dei relativi tempi di attesa articolato in tre prospetti uno per ogni classe di priorità (B-D-P) di priorità.

Restano valide anche le modalità di monitoraggio ex post determinate nella DGR 575/2011.

## Linea di Azione 11: Diritti e doveri dei cittadini. Diritto all'informazione

Nel caso in cui l'Azienda sanitaria non renda disponibile la prestazione in almeno uno dei presidi o punti di erogazione costituenti l'offerta complessiva per i propri assistiti residenti, verificata l'appropriatezza dell'indicazione della classe di priorità di accesso, la stessa ha l'obbligo, con autonome modalità organizzative, di garantire forme alternative di accesso alla prestazione. A tal fine:

1. viene comunque assicurata la prestazione all'utente mediante le diverse modalità erogative: attività istituzionale aggiuntiva o percorsi di tutela;
2. fatte salve e prioritarie le attivazioni delle misure di cui al punto 1), trascorsi sei mesi dall'adozione del presente documento, deve essere riconosciuto all'utente un risarcimento pari al costo della prestazione così come valorizzata dal Nomenclatore Tariffario Regionale.

Il rifiuto della prenotazione proposta entro il tempo previsto, per una diversa scelta dell'utente, libera l'Azienda da qualsiasi onere nei confronti dell'utente. Il computo effettivo della prima disponibilità dovrà essere effettuato a partire dalle 24 ore successive a quello della prenotazione. Al fine di garantire una costante e continua apertura delle Agende di prenotazioni, sarà comunque possibile proporre eventuali disponibilità antecedenti alle 24 ore dal momento in cui viene prenotata la prestazione: in tal caso, un eventuale diniego da parte dell'utente non verrà considerato come rifiuto.

L'utente che dopo aver prenotato la prestazione specialistica o diagnostico strumentale decida di non presentarsi all'appuntamento, dovrà comunicarlo almeno 48 ore prima della data prenotata al CUP che a sua volta dovrà fornire riscontro formale (mediante sms o posta elettronica) dell'avvenuta disdetta.

Trascorsi sei mesi dall'entrata in vigore del presente atto, ai sensi dell'art. 3 comma 15 del D.Lgs. 124/1998 *"l'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione"*.

Per quanto concerne il sistema delle garanzie, deve essere predisposta apposita informazione ai cittadini (cartellonistica o altro), che riassume le modalità di accesso delle prestazioni ambulatoriali, e che sarà collocata nei punti di prenotazione ed erogazione aziendali (pubblici e privati accreditati).

Allo stesso modo, presso i punti di prenotazione ed erogazione saranno affissi cartelli informativi circa il dovere del cittadino alla disdetta della prenotazione, qualora non gli sia possibile recarsi all'appuntamento.

## Linea di Azione 12: Percorsi Assistenziali

I Percorsi Assistenziali (P.A.), intesi come modelli organizzativi multidisciplinari e multiprofessionali relativi ad una specifica condizione patologica riferita ad uno specifico contesto locale, rappresentano modalità operative utili a regolamentare l'accesso dell'utenza e la gestione delle attività sanitarie in relazione ai bisogni accertati.

In particolare, devono rappresentare un utile strumento di gestione del paziente cronico e complesso, specie per le patologie per le quali si registrano, all'interno di ciascuna Azienda, le maggiori criticità nell'accesso alle prestazioni. In tal senso, considerando le problematiche assistenziali legate alla popolazione anziana e al maggior carico assistenziale collegato a questa fascia di popolazione, si rende necessario, in via prioritaria, l'attivazione di specifici P.A. che focalizzino l'attenzione sull'utilizzo degli esami strumentali maggiormente richiesti da questa fascia di popolazione ed in particolare: ecografie, elettrocardiogrammi e ecocolordoppler.

I percorsi assistenziali dovranno essere adottati con provvedimento formale dal Direttore Generale di ciascuna ASL e dovranno prevedere, in modo dettagliato, le modalità di relazione fra MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali e singole Unità Operative nonché un Professionista responsabile dell'attuazione e delle revisioni periodiche anche alla luce delle migliori evidenze scientifiche disponibili e del contesto di riferimento.

Nell'ambito dei P.A. andrà comunque posta particolare attenzione ai Percorsi Diagnostico Terapeutici oggetto di linee guida nazionali nonché di indicazioni regionali. A tal fine l'Agenzia Sanitaria Regionale Abruzzo (ASR Abruzzo) provvederà, entro 120 giorni dall'approvazione del presente atto, alla elaborazione dei seguenti PDTA dell'area oncologica:

- carcinoma del colon retto
- carcinoma del polmone
- carcinoma della mammella

Successivamente all'emanazione dei suddetti PDT Regionali ciascuna ASL dovrà recepirli entro 30 giorni al fine di renderli attuativi.

OBIETTIVO: *Realizzazione dei PA aziendali*

INDICATORE: *Numero di PA formalizzati*

MODALITA' DI VERIFICA: *soglia minima: 2 PA formalizzati in un arco di tempo annuale*

MONITORAGGIO': *Annuale*

## Linea di Azione 13: Percorsi di Tutela

Le Aziende Sanitarie possono prevedere specifici Percorsi di Tutela della priorità clinica, ovvero percorsi che vengano attivati dalle Aziende sanitarie con gli erogatori privati accreditati, nel caso in cui non possa essere garantita la prestazione richiesta entro i tempi standard indicati dalla normativa regionale vigente in materia.

Si tratta di percorsi di accesso alternativi alle prestazioni specialistiche che prevedono che, qualora venga superato il tempo massimo di attesa a livello aziendale, può essere attivata una specifica procedura che permetta di offrire all'utente la possibilità di effettuare la prestazione presso un erogatore privato accreditato, individuato dalla ASL di appartenenza, per ottenerla, in relazione alla priorità di accesso richiesta, nel rispetto dei tempi previsti dalla normativa vigente.

Il Percorso di Tutela può essere attuato esclusivamente per i pazienti residenti e per le richieste di prime prestazioni, ad esclusione dei controlli, che presentano espressamente sia la Classe di priorità che il quesito diagnostico così come previsto dalle normative regionali vigenti.

L'accettazione da parte dell'utente del Percorso di Tutela comporta il rilascio da parte dell'operatore CUP di un foglio di autorizzazione in cui viene indicata la struttura prescelta con data ed orario della prestazione

Le prestazioni individuate nell'ambito del Percorso di Tutela dovranno essere preventivamente comunicate al servizio competente del Dipartimento per la Salute e il Welfare e devono essere fatturate separatamente dagli erogatori privati. Le Direzioni Generali Aziendali, nell'ambito delle risorse economiche destinate e specificamente vincolate a tal fine dalla Regione, sono autorizzate a sottoscrivere contratti aggiuntivi con gli erogatori privati, in regola con le disposizioni previste relative alla prenotabilità dell'offerta specialistica afferente ai privati accreditati attraverso il gestionale CUP aziendale.

Le prestazioni per le quali sarà possibile stabilire i percorsi di tutela dovranno essere individuati dalle Direzioni Generali Aziendali sulla base delle criticità emerse dai flussi informativi a disposizione.

E' possibile, semestralmente, rivalutare le prestazioni critiche e modificare pertanto le prestazioni da inserire nei suddetti Percorsi di Tutela.

## Linea di Azione 14: Registro per gli interventi chirurgici

Il monitoraggio e la gestione delle liste d'attesa per gli interventi chirurgici (sia in regime ordinario che day surgery) deve avvenire attraverso un registro unico, possibilmente informatizzato. L'implementazione del suddetto registro deve prevedere il seguente iter:

1. il medico specialista prescrittore in una branca chirurgica dopo aver effettuato la visita, dovrà compilare una scheda (proposta intervento) contenente tutte le informazioni necessarie circa la procedura terapeutica e la data prevista per il ricovero, compresa l'indicazione del codice di priorità (Tabella 2);
2. le proposte di intervento dovranno essere consegnate ad uno specifico Ufficio di supporto individuato dalla Direzione Sanitaria. L'Ufficio così individuato avrà il compito di inserire la proposta della tipologia di intervento e la data presunta dell'intervento stesso nel registro unico di prenotazione nonché di rilasciare su richiesta del paziente l'attestazione di avvenuta iscrizione in lista.

Sul registro di prenotazione, per ogni paziente, vengono riportate le seguenti informazioni di base:

### Informazioni inerenti al paziente

- 1) Nome cognome
- 2) Codice fiscale
- 3) Sesso
- 4) Data di nascita
- 5) Residenza
- 6) Numero telefono
- 7) Persona da informare (nome e telefono)
- 8) Diagnosi o sospetto diagnostico
- 9) Classe di priorità di accesso

### Informazioni gestionali

- 1) Nome del medico prescrittore
- 2) Data di inserimento del paziente nell'agenda di prenotazione
- 3) Data prevista per il ricovero
- 4) Data reale del ricovero, se già presente
- 5) Motivi eventuale esclusione/cancellazione, anticipazione o spostamento nella lista

Sarà cura delle Direzioni Sanitarie Aziendali adottare, entro 60 giorni dall'emanazione del presente atto, un regolamento per la corretta compilazione e tenuta del registro che potrà essere visionato oltre che dai servizi competenti del Dipartimento per la Salute e il Welfare, dagli incaricati della ASR (DPCM19/05/95).

Si ribadisce che anche per i ricoveri, le Regioni e Province Autonome prevedono l'uso sistematico delle classi di priorità, definite in coerenza con quanto già indicato nell'ambito dell'Accordo dell'11 luglio 2002 e del PNCTA 2006-2008 e nel PNGLA 2010-2012.

**Tabella 2 Classi di Priorità per i Ricoveri Ospedalieri**

CLASSE DI PRIORITA' PER IL RICOVERO	INDICAZIONI
A	Ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, o comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi
B	Ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto di diventare emergenti né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
C	Ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi
D	Ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

Ai fini del monitoraggio dei ricoveri ospedalieri restano ferme le indicazioni della DGR. 575/2011.

## Linea di Azione 15: Accesso senza prescrizione. Accesso diretto

La normativa vigente prevede l'accesso diretto, senza l'impegnativa del medico prescrittore, da parte dell'assistito solo per le seguenti specialità,

1. odontoiatria;
2. ginecologia;
3. pediatria (limitatamente agli assistiti che non hanno scelto l'assistenza pediatrica di base);
4. psichiatria e neuropsichiatria infantile;
5. oculistica, limitatamente alle sole prestazioni optometriche;
6. attività dei servizi di prevenzione e consultoriali;
7. diabetologia

L'accesso diretto è consentito esclusivamente per le suddette visite specialistiche

In caso di accesso diretto, il medico della struttura erogatrice che effettua la prestazione prescrive, direttamente su proprio ricettario regionale, la prestazione eseguita per le suddette specialità. L'accesso diretto alle suddette visite specialistiche ambulatoriali non esonera l'utente dalla verifica della disponibilità alla prestazione e dal pagamento del ticket, fatte salve le eventuali esenzioni. Per ulteriori prestazioni conseguenti all'accesso diretto, lo specialista provvede direttamente alla relativa prescrizione, utilizzando il ricettario regionale. Nelle situazioni descritte, l'utente dovrà verificare la disponibilità telefonicamente o recarsi direttamente presso gli sportelli CUP delle ASL. Sarà cura delle singole ASL definire le modalità organizzative per consentire la prenotazione al CUP delle prestazioni summenzionate.

Al fine di uniformarsi ad esperienze già attivate in specifici ambiti aziendali, va previsto in sede di programmazione aziendale, inoltre, l'accesso diretto con impegnativa del medico prescrittore (MMG, PLS, Specialista) e con fruizione del servizio "senza prenotazione" per le attività di Laboratorio Analisi. Le suddette erogazioni vanno attivate, in una prima fase, secondo le disponibilità organizzative dei Servizi aziendali interessati, e potranno, in sede di implementazione del servizio, essere estese alle prestazioni di Elettrocardiogramma ed esame radiografico del torace.

La Regione, per il tramite dell'ASR Abruzzo, al fine di procedere ad una semplificazione prescrittiva, provvederà entro sei mesi dall'adozione del presente provvedimento, all'emanazione di un regolamento per la prescrizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali.

## Linea di Azione 16: Consulta Regionale per il contenimento delle Liste d'Attesa

E' istituita la "Consulta Regionale per il contenimento delle Liste d'Attesa" con compiti di valutazione e monitoraggio nel governo delle liste d'attesa.

La Consulta è composta dal Direttore della ASR, con funzione di coordinamento, dai Direttori Sanitari aziendali delle ASL, da due rappresentanti del Dipartimento della Salute e del Welfare designati dal Direttore del Dipartimento, da due esperti della ASR, dai Presidenti dei Comitati Ristretti dei Sindaci delle ASL, da un rappresentante per ciascuna categoria dei MMG, PLS, medici dipendenti e convenzionati, indicato a rotazione dalle rispettive associazioni sindacali più rappresentative, da un rappresentante delle professioni sanitarie indicato, come sopra, dalle stesse associazioni sindacali e da due rappresentanti delle associazioni di volontariato a tutela dei diritti del cittadino e del malato.

I compiti della Consulta, che adotta in sede di prima riunione un regolamento interno, sono i seguenti :

- favorire a livello regionale e delle aziende sanitarie il monitoraggio e l'evoluzione del sistema nei termini di quantità dei dati, di qualità delle informazioni e della relativa reportistica, compresa la sua pubblicizzazione in maniera omogenea, di facile comprensione e accessibilità ai cittadini;
- esprimere valutazioni sui PAA e sulle rendicontazioni trimestrali delle direzioni aziendali, vigilando altresì sulla applicazione dei piani stessi;
- avanzare proposte di interventi correttivi e di miglioramento sul governo delle liste d'attesa, inclusa l'individuazione di specifici indicatori di risultato per la valutazione delle attività delle direzioni aziendali, da sottoporre agli organi decisori;
- istituire gruppi di lavoro dedicati per specifiche questioni, anche su ambito aziendale, inerenti le problematiche di superamento delle liste d'attesa;
- esprimere valutazioni sugli specifici Percorsi di Tutela della priorità clinica attivati dalle Aziende Sanitarie con gli erogatori privati accreditati e verificare le modalità attraverso cui possa essere garantita la prestazione richiesta entro i tempi standard indicati dalla normativa regionale vigente in materia, direttamente dall'operatore pubblico.

La Consulta, i cui componenti non hanno diritto ad alcuna indennità, si riunisce con cadenza bimestrale e invia semestralmente una relazione delle attività al Componente della Giunta Regionale con delega alla Salute.

## TEMPI E FASI DI ATTUAZIONE

Il Piano Operativo regionale per il contenimento dei tempi di attesa, soggetto nel tempo a integrazioni e modifiche, raccoglie in maniera organica e correlata le azioni da intraprendere sui vari fronti, secondo l'evoluzione del bisogno dei cittadini e della normativa nazionale e regionale.

LINEA D'AZIONE	AZIONE PROGRAMMATA	TEMPI PREVISTI PER L'ATTUAZIONE
1	Piano Attuativo Aziendale (PAA)	60 giorni dall'approvazione del documento
1	Aggiornamento PAA	annuale
1	Area web dedicata al pagamento ticket	90 giorni dall'approvazione del documento
2	Trasmissione Format rendicontazione trimestrale	30 giorni successivi al trimestre di competenza
5	Attivazione CUP di II livello	90 giorni dall'approvazione del documento
7	Implementazione Contact Center	180 giorni dall'approvazione del documento
10	Monitoraggi istituzionali	come da indicazioni ministeriali
11	Disdetta prenotazione	entro 48 ore dalla data prenotata
12	Elaborazione PDTA Area oncologica	120 giorni dall'approvazione del documento
14	Registro per gli interventi chirurgici	60 giorni dall'approvazione del documento
15	Regolamento prescrizione prestazioni di spec.amb.	180 giorni dall'approvazione del documento
16	Riunioni Consulta Regionale	60 giorni dall'approvazione del documento

## Allegati al Piano

---

## ALLEGATO A1 : FORMAT RENDICONTAZIONE TRIMESTRALE

Prestazione	DESCRIZIONE	CODICI DI RIFERIMENTO	ATTIVITA' ISTITUZIONALE										ALP*				
			PUBBLICA							PRIVATA ACCREDITATA			Numero di prestazioni erogate	Numero di prestazioni prenotate tramite CUP	Ore complessive di erogazione		
			Presidi Ospedalieri				Territorio			Numero di erogatori	Numero di prestazioni erogate	Numero di prestazioni prenotate tramite CUP aziendale					
			Numero di erogatori attivi	Numero prestazioni erogate	Numero prestazioni prenotate tramite CUP aziendale	Ore complessive di erogazione	Numero di erogatori attivi	Numero prestazioni erogate	Numero prestazioni prenotate tramite CUP aziendale							Ore complessive di erogazione	
1	Visita cardiologia	89.7															
2	Visita Chirurgia vascolare	89.7															
3	Visita endocrinologica	89.7															
4	Visita neurologica	89.13															
5	Visita oculistica	95.02															
6	Visita ortopedica	89.7															
7	Visita ginecologica	89.26															
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7															
9	Visita urologica	89.7															
10	Visita dermatologica	89.7															
11	Visita fisiatrica	89.7															
12	Visita gastroenterologica	89.7															
13	Visita oncologica	89.7															
14	Visita pneumologica	89.7															
15	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2															
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1															
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 - 88.01.1															
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 - 88.01.3															
19	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 - 88.01.5															
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03 - 87.03.1															
21	TC senza e con contrasto Machide e Spetto vertebrale	88.38.2 - 88.38.1															
22	TC senza e con contrasto Bafino	88.38.5															
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2															
24	RMN Pelvi, Prostate e Vescica	88.95.4 - 88.95.5															
25	RMN Muscolo Scheletrica	88.94.1 - 88.94.2															
26	RMN Colonna vertebrale	88.93 - 88.93.1															
27	Ecografia Capo e Collo	88.71.4															
28	Ecocolor Doppler cardiaca	88.72.3															
29	Ecocolor Doppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5															
30	Ecocolor Doppler dei vasi periferici	88.77.2															
31	Ecografia Addome	88.76.1 - 88.75.1 - 88.76.1															
32	Ecografia Mammella	88.73.1 - 88.73.2															
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78 - 88.78.2															
34	Colonscopia	45.23 - 45.25 - 45.42															
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24															
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 - 45.16															
37	Elettrocardiogramma	89.52															
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50															
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 - 89.43															
40	Audiometria	95.41															
41	Spirometria	89.37.1 - 89.37.2															
42	Fondo Oculare	95.09															
43	Elettromiografia	93.08															

**ALLEGATO A2 : FORMAT AZIONI DI MIGLIORAMENTO**

RISORSE UMANE AGGIUNTIVE (SPECIFICARE IL PERSONALE)		
Tipologia di Personale	<i>Numero di risorse umane aggiuntive - dato Storico (trimestre precedente)</i>	<i>Numero di risorse umane aggiuntive - dato Attuale (trimestre di riferimento)</i>
ORE AGGIUNTIVE (SPECIFICARE IL PERSONALE)		
Tipologia di Personale	<i>Numero di ore aggiuntive - dato storico (trimestre precedente)</i>	<i>Numero di ore aggiuntive - dato Attuale (trimestre di riferimento)</i>
RISORSE TECNOLOGICHE - NUOVE ATTIVAZIONI		
Tipologia di risorsa tecnologica attivata	Numero	

**ALLEGATO A3 : FORMAT RE-CALL**

<b>MESE</b>	<b>Numero di Chiamate</b>	<b>Numero di Conferme</b>	<b>Numero di NON Risposte</b>	<b>Numero di Posti Recuperati</b>	<b>Numero di Prestazioni Spostate</b>
1					
2					
3					



**ALLEGATO C : FORMAT EX POST**

Codice prestazione	Codice disciplina	Numero totale di prestazioni prenotate ed erogate	Numero totale di prestazioni erogate da garantire	Numero totale di prestazioni da garantire erogate da pubblico	Numero totale di prestazioni da garantire erogate da privato accreditato	Numero di prestazioni erogate garantite entro i tempi	% di garanzia entro i tempi della rispettiva classe di priorità	Tempo medio di attesa
89.7	8							
89.7	14							
89.7	19							
89.13	32							
95.02	34							
89.7	36							
89.26	37							
89.7	38							
89.7	45							
89.7	52							
89.7	56							
89.7	58							
89.7	64							
89.7	68							
87.37.1 - 87.37.2								
87.41 - 87.41.1								
88.01.2 - 88.01.1								
88.01.4 - 88.01.3								
88.01.6 - 88.01.5								
87.03 - 87.03.1								
88.38.2 - 88.38.1								
88.38.5								
88.91.1 - 88.91.2								
88.95.4 - 88.95.5								
88.94.1 - 88.94.2								
88.93 - 88.93.1								
88.71.4								
88.72.3								
88.73.5								
88.77.2								
88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1								
88.73.1 - 88.73.2								
88.78 - 88.78.2								
45.23 - 45.25 - 45.42								
45.24								
45.13 - 45.16								
89.52								
89.50								
89.41 - 89.43								
95.41.1								
89.37.1 - 89.37.2								
95.09.1								
93.08								

## ALLEGATO D: ELENCO DELLE PRESTAZIONI TRACCIANTI

Prestazione	DESCRIZIONE	CODICI DI RIFERIMENTO
1	Visita cardiologia	89.7
2	Visita chirurgia vascolare	89.7
3	Visita endocrinologica	89.7
4	Visita neurologica	89.13
5	Visita oculistica	95.02
6	Visita ortopedica	89.7
7	Visita ginecologica	89.26
8	Visita otorinolaringoiatrica	89.7
9	Visita urologica	89.7
10	Visita dermatologica	89.7
11	Visita fisiatrica	89.7
12	Visita gastroenterologica	89.7
13	Visita oncologica	89.7
14	Visita pneumologica	89.7
15	Mammografia	87.37.1 - 87.37.2
16	TC senza e con contrasto Torace	87.41 - 87.41.1
17	TC senza e con contrasto Addome superiore	88.01.2 - 88.01.1
18	TC senza e con contrasto Addome inferiore	88.01.4 - 88.01.3
19	TC senza e con contrasto Addome completo	88.01.6 - 88.01.5
20	TC senza e con contrasto Capo	87.03 - 87.03.1
21	TC senza e con contrasto Rachide e Speco vertebrale	88.38.2 - 88.38.1
22	TC senza e con contrasto Bacino	88.38.5
23	RMN Cervello e tronco encefalico	88.91.1 - 88.91.2
24	RMN Pelvi, Prostata e Vescica	88.95.4 - 88.95.5
25	RMN Muscolo Scheletrica	88.94.1 - 88.94.2
26	RMN Colonna vertebrale	88.93 - 88.93.1
27	Ecografia Capo e Collo	88.71.4
28	Ecocolordoppler cardiaca	88.72.3
29	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	88.73.5
30	Ecocolordoppler dei vasi periferici	88.77.2
31	Ecografia Addome	88.74.1 - 88.75.1 - 88.76.1
32	Ecografia Mammella	88.73.1 - 88.73.2
33	Ecografia Ostetrica - Ginecologica	88.78 - 88.78.2
34	Colonscopia	45.23 - 45.25 - 45.42
35	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	45.24
36	Esofagogastroduodenoscopia	45.13 - 45.16
37	Elettrocardiogramma	89.52
38	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	89.50
39	Elettrocardiogramma da sforzo	89.41 - 89.43
40	Audiometria	95.41
41	Spirometria	89.37.1 - 89.37.2
42	Fondo Oculare	95.09
43	Elettromiografia	93.08

# ALLEGATO E: DELIBERA ASR DI ISTITUZIONE DEL GRUPPO TECNICO DI LAVORO PER IL SUPERAMENTO DELLE LISTE D'ATTESA



DELIBERA N. 9 DEL 03.02.2015

OGGETTO: ISTITUZIONE DI UN GRUPPO TECNICO DI LAVORO PER IL SUPERAMENTO DELLE LISTE D'ATTESA.

## Il Commissario Straordinario

### Vista

- la Deliberazione della Giunta Regionale dell'Abruzzo n. 986 del 10 ottobre 2005 con la quale viene istituita l'Agenzia Sanitaria Regionale "ASR - Abruzzo", con sede in Pescara in via Attilio Monti n. 9, con decorrenza 1° gennaio 2006;
- la L.R. 21 marzo 2008, n. 5, come modificata e sostituita dall'art. 25 L.R. n. 6 del 30/04/2009, la quale ha definito finalità, compiti, organi, organizzazione e risorse finanziarie dell'Agenzia Sanitaria Regionale;

Vista la Deliberazione della Giunta Regionale dell'Abruzzo n. 892 del 29.12.2014, con la quale:

- il Dott. Alfonso Mascitelli è stato nominato Commissario Straordinario dell'Agenzia Sanitaria Regionale – ASR Abruzzo, a decorrere dal 29.12.2014 e fino all'immissione nelle relative funzioni del nominando Direttore dell'Agenzia stessa;
- al Commissario Straordinario sono attribuite tutte le funzioni che la richiamata normativa regionale assegna al Direttore dell'Agenzia;

### Vista

- la L.R. n.5 del 21/03/2008 del Piano Sanitario Regionale che al Capitolo 5.5.4 individua le azioni programmatiche in tema di "controllo delle liste d'attesa";
- la L.R. n.6 del 30/04/2009 che all'art.25 "*modifiche ed integrazioni alla L.R. 21 marzo 2008, n.5*", annovera tra i compiti dell'Agenzia Sanitaria Regionale il monitoraggio e il superamento delle liste d'attesa nelle strutture sanitarie pubbliche;
- la DGR n. 575/2011 "*Approvazione Piano Regionale del governo delle liste d'attesa*" che recepisce il Piano Nazionale di Governo delle liste d'attesa 2010-2012;
- la DGR n.930/2011 di istituzione del CORECUP con la quale vengono stabiliti i componenti e le funzioni del CORECUP;
- il Decreto Commissariale n.112/2013 contenente il Programma Operativo 2013/2015 che al punto 3.3.7, azione 7 -*Piano Regionale di contenimento delle liste d'attesa*- stabilisce gli obiettivi programmati nel triennio 2013-2015 in tema di governo delle liste d'attesa con i



quali la Regione intende proseguire le attività di monitoraggio delle liste d'attesa attraverso il miglioramento continuo della qualità e della completezza dei dati al fine di evidenziare eventuali criticità e permettere a tutti gli attori del sistema di porre in essere iniziative correttive finalizzate alla riduzione dei tempi d'attesa;

Rilevato che la gestione delle liste d'attesa risulta essere, in termini di efficienza, una delle maggiori criticità nella organizzazione dei servizi sanitari e che tale problematica va necessariamente inquadrata nella riorganizzazione complessiva e organica dell'appropriatezza sia clinico-prescrittiva che organizzativa-erogativa;

Ritenuto necessario dare una risposta strategica al persistere delle problematiche sopra esplicitate attraverso la predisposizione di una proposta di un documento operativo finalizzato al superamento delle liste d'attesa da sottoporre alle valutazioni di competenza del Commissario ad Acta e della Giunta Regionale;

Ritenuto a tal fine, di costituire un apposito Gruppo Tecnico di Lavoro formato da esperti multidisciplinari e multiprofessionali e dai rappresentanti delle Associazioni di categoria operanti nel territorio, con il compito di pervenire all'elaborazione della precitata proposta articolata di documento operativo di superamento delle liste d'attesa;

#### DELIBERA

*per le motivazioni e precisazioni espresse in narrativa  
che qui si intendono integralmente trascritte ed approvate*

1. di costituire il seguente Gruppo Tecnico di Lavoro per la predisposizione di un piano articolato finalizzato al superamento delle liste d'attesa:

*ASR Abruzzo:* Dott. Alfonso Mascitelli, coordinatore del Gruppo Tecnico, Dott. Guido Angeli, Dott. Vito Di Candia, Dott.ssa Stefania Di Zio

*Dipartimento Salute e Welfare:* Dott. Adriano Murgano, Ing. Camillo Odio

*Segreteria Assessorato alla Programmazione Sanitaria :* Dott. Francesco Menna

*ASL Avezzano Sulmona L'Aquila:* Dott. Quirino Bisegna

*ASL Lanciano Vasto Chieti:* Dott.ssa Mariangela Galante

*ASL Pescara:* Dott.ssa Maria Assunta Ceccagnoli

*ASL Teramo:* Dott. Bruno Cipollone

*Ex Direttore Generale ASL:* Dott. Paolo Menduni

*Ex Direttore Generale ASL:* Dott. Roberto Marzetti

*CITTADINANZATTIVA:* Dott. Aldo Cerulli

*CODICI ABRUZZO:* Dott.ssa Nelda Orsini



*FIMMG*: Dott. Giancarlo Rossetti

*SNAMI*: Dott. Nicola Grimaldi

*SMI*: Dott. Silvio Basile

*SIMET*: Dott. Giuseppe Quinzii

*FIMP*: Dott. Piero Di Saverio

*CIPe*: Dott. Umberto Muzii

*SUMAI*: Dott. Franco Longhi

*FIALS*: Dott. Fernando Zuccarini

*ANAAO*: Dott. Filippo Gianfelice

*ANPO*: Dott. Alessandro Di Felice

*CIMO*: Dott.ssa Itala Corti

*CISL*: Dott. Luigi Leonzio

*UIL*: Dott. Raffaele Di Nardo

*CGIL*: Dott.ssa Maria Piccone

*INTERSINDACALE SANITARIA*: Dott. Walter Palumbo

2. di precisare che il suddetto Gruppo Tecnico di Lavoro, data la multidisciplinarietà delle competenze, potrà avvalersi, senza oneri di spesa per l'Agenzia Sanitaria Regionale, del contributo occasionale di altre figure professionali di cui si rendesse necessaria la collaborazione;
3. di definire che il suddetto Gruppo Tecnico di Lavoro dovrà, entro un periodo di tempo definito preliminarmente in 90 giorni e condiviso nella prima riunione utile del gruppo di lavoro, pervenire all'elaborazione della proposta del documento operativo per il superamento delle liste d'attesa;
4. di precisare che il suddetto Gruppo Tecnico di Lavoro svolgerà la propria funzione a titolo gratuito senza alcun onere a carico dell'Agenzia Sanitaria Regionale;
5. di pubblicare il presente provvedimento sul sito web dell'Agenzia Sanitaria Regionale [www.asrabruzzo.it](http://www.asrabruzzo.it) sezione Albo Pretorio;
6. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile data l'urgenza di regolamentare al più presto l'accesso alle prestazioni sanitarie.



Il Commissario Straordinario  
Dott. Alfonso Mascitelli

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Alfonso Mascitelli", written over a horizontal line.